

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

337
No

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Gisèle FRIEDMANN

Née à Cluj (Roumanie), le 19 Août 1899

LA TUBERCULOSE
DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE

Président: M. LEGUEU, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1925

LA TUBERCULOSE
DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Gisèle FRIEDMANN

Née à Cluj (Roumanie), le 19 Août 1899

LA TUBERCULOSE
DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE

Président: M. LEGUEU, Professeur

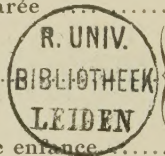
PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON,
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT,
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	JEANSELME.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
	De LAPERSONNE
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGEANT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULE..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRE..... Hygiène.
 I. de JONG.... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL . Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE Pathologie médicale.
 RICHER Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et matière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Optalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.

MM.

RETTERRER.... Histologie.
 GUENIOT Obstétrique.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	TERRIEN	Clinique ophtalmologique.
LCEPER	Clinique médicale.		

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LEGUEU,

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et qui nous a fait le très grand honneur
d'en accepter la présidence.*

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur VERLIAC,

Chef de Laboratoire de la Clinique Necker.

Qui nous a constamment aidée.

A Monsieur le Docteur ROTH,

Chef de Laboratoire de la Clinique Chirurgicale

de Cluj (Roumanie).

INTRODUCTION

La question que nous voulons traiter dans ce travail est une des affections des plus inconnues dans l'histoire de la tuberculose de l'appareil genito-urinaire. En effet, si l'adénome de la prostate fut étudié par un assez grand nombre d'auteurs, dégagant certains faits et hypothèses qui contribuent à la compréhension de cette affection, l'infection surajoutée à cet adénome est une question qui n'était étudiée jusqu'à présent que par M. le Prof. Legueu et ses élèves. Grâce à ces études, il fut donné une description magistrale des infections non tuberculeuses survenues à l'adénome prostatique.

Nous voulons traiter, aujourd'hui, une autre forme d'infection surajoutée à l'adénome prostatique, la tuberculose de cet adénome. Nous disons infection surajoutée, voulant, dès maintenant, exprimer notre pensée et notre conception en ce qui concerne cette affection; c'est-à-dire : nous croyons que l'infection tuberculeuse de l'adénome préexistant, et que ce n'est pas l'infection tuberculeuse qui, par une action irritative ou autre, provoquerait la formation de l'adénome.

Un deuxième point de notre conception est le suivant : la tuberculose de l'adénome prostatique suit les mêmes lois

que celle de la prostate; c'est-à-dire, elle aussi est, dans la plupart des cas, de provenance rénale ou épididymaire.

Nous tâcherons de démontrer la vraisemblance de ces hypothèses et nous nous efforcerons d'en dégager certaines conclusions pratiques.

En premier lieu, nous passerons brièvement en revue les conditions de formation de l'adénome, sa situation anatomique en rapport avec les canaux éjaculateurs, avec les vésicules séminales.

Dans un autre chapitre, basé sur nos observations, nous ferons l'étude de la tuberculose de l'adénome prostatique, nous essayerons d'en donner quelques notions de pathogénie et des conclusions qui en peuvent résulter.

Nos remerciements à M. le Professeur Legueu, qui a bien voulu inspirer le sujet de notre thèse inaugurale, et nous lui exprimons notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de nos travaux.

Nous tenons à remercier également M. Verliac, chef de laboratoire de la Clinique Necker, de l'intérêt qu'il a bien voulu montrer pour nous.

PREMIÈRE PARTIE

L'adénome de la prostate

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est Riolan qui, le premier, parle de tumeur des glandes prostatiques qui mettent un obstacle à l'écoulement de l'urine.

Les travaux de Morgagni, Lieautaud, Home, Mercier; etc., ont contribué à élucider les caractères de cet affection.

De ces travaux, ainsi que de ceux de Albarran, Motz, Percarnau, résulte qu'il s'agit d'une tumeur siégeant autour de l'urètre prostatique, au-dessous du col cervical, au-dessus du veru montanum.

Motz et Percarnau établissent qu'il ne s'agit pas d'une hypertrophie prostatique généralisée, mais d'une tumeur urétroprostatique développée aux dépens des glandes peri-urétrales, qui refoulent la prostate laquelle, au contraire, s'atrophie en une coque mince.

CHAPITRE II

PATHOGENIE DE L'ADENOME

Pour expliquer la pathogénie de l'adénome, on a invoqué un certain nombre de théories. Ainsi, Guyon a soutenu que ce serait l'artério-sclérose qui provoquerait cette néoformation. Or, il est démontré que chez beaucoup de prostatiques l'artério-sclérose est absente; elle est exceptionnelle dans la prostate.

Une autre opinion est celle qui fait de cette affection la conséquence d'une irritation purement locale. Est-ce une prolifération glandulaire survenue par irritation continuelle, par des infections chroniques atténuées, ou une affection parasitaire ? Cette théorie n'est pas admise.

A l'occasion de la discussion de l'observation sur la tuberculose dans l'adénome de la prostate, M. Verliac a posé la question du rapport entre cette infection tuberculeuse et la genèse de l'adénome. Est-ce l'irritation produite par le bacille de Koch qui a provoqué la néoformation glandulaire, ou bien le bacille n'est que greffé sur un adénome préexistant ?

Nous croyons qu'il y a peu de chances pour que la tuberculose provoque une semblable prolifération glandulaire.

Si on admet, avec Albarran et Hallé, que l'hypertrophie prostatique est une *véritable néoplasie*, toute discussion de pathogénie de l'adénome se résume à la discussion de la pathogénie des tumeurs en général. Or, il est admis aujourd'hui que toutes les causes qu'on a périodiquement invoquées pour expliquer la néoformation, telles que l'irritation continue, traumatisme, infection, parasitisme, toutes ces causes ne sont que des causes prédisposantes, d'importance secondaire, et pas du tout déterminantes, et que l'origine des tumeurs doit être cherchée dans l'éclosion des cellules embryonnaires restées jusque-là latentes.

Devant ces faits, nous ne comprenons pas pourquoi il faudrait attribuer à la présence de la tuberculose dans l'adénome, un rôle créateur pour cet adénome.

CHAPITRE III

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'ADENOME PROSTATIQUE

Nous résumons en quelques mots l'anatomie pathologique de l'adénome :

1) *Situation* : L'adénome prostatique est situé autour de l'urètre, au-dessous du col vésical, en avant des vésicules séminales, au-dessus du veru-montanum.

2) *Volume* : Elle est très variable, il y en a qui atteignent la grosseur d'une tête fœtale, d'autres, au contraire, qui restent petites comme une lentille.

3) *Forme* : L'adénome peut revêtir des formes variables, que l'on peut classer en quatre types (Marion).

- a) Sphérique.
- b) En poire.
- c) En lobe médian.
- d) En grappe.

4) *Constitution* : L'adénome est constitué par des lobes :

a) Soit deux lobes latéraux, surmontés en arrière d'un lobe médian.

b) Soit deux lobes latéraux.

c) Soit un seul lobe médian.

Une coupe transversale d'une hypertrophie prostatique montre que l'adénome est entouré d'une capsule d'où se détachent des cloisons fibreuses, qui séparent la masse en lobe et en nodule. Ces nodules, de consistance variable, sont ce qu'on appelle les corps sphéroïdes.

Les corps sphéroïdes sont des formations adénomateuses; ils ont constitués par des acini glandulaires, de volume et d'aspects différents. On peut voir :

a) Soit des acini qui ont la même structure que les glandes prostatiques normales.

b) Ou bien des tubes glandulaires remplis de plusieurs couches d'épithélium en voie de prolifération.

c) Et quelquefois des glandes qui ont une cavité extrêmement large, qui sont parfois des véritables kystes contenant un liquide granuleux.

Quelquefois, les éléments glandulaires sont réduits en nombre et en volume, le tissu fibreux emporte sur le tissu glandulaire.

5) *Vascularisation* . : La tumeur péri-urétrale est presque avasculaire. Une coupe d'un adénome qu'on vient d'enlever, montre une surface blanche de la coupe d'où il s'écoule un liquide lactescent, jamais on ne voit sourdre la moindre gouttelette de sang. Les vaisseaux sont presque absents dans la tumeur péri-urétrale; on n'en trouve guère un certain nombre que dans la région sous-urétrale; parmi ceux-ci, beaucoup préexistaient à l'évolution de la tumeur; les autres sont des formations récentes, comme les vaisseaux de la tumeur elle-même (Papin et Verliac).

DEUXIÈME PARTIE

Tuberculose de l'adénome de la prostate

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de la tuberculose de l'adénome de la prostate n'est pas très connue. La cause en est très compréhensible si nous considérons la rareté de la tuberculose génitale des vieillards, âge d'élection pour la constitution de l'adénome prostatique et le fait que le diagnostic certain de cette affection surajoutée à l'adénome est très difficile à faire. Ainsi que le montrent nos observations, il ne fut fait qu'après l'ablation chirurgicale de la tumeur.

C'est Duvergey, le premier, qui a rapporté au Congrès français d'Urologie de 1923 le premier cas observé par lui, insistant même sur ce point que, jusque-là, aucun autre fait semblable n'avait été signalé.

M. le Professeur Legueu et M. Verliac communiquent à la séance de la Société Française d'Urologie un autre cas.

M. Marion, à la même séance, relate un cas pareil.

Dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé d'autres observation publiées.

CHAPITRE II

Nous ne ferons que redonner les observations publiées jusqu'à présent. Vue l'extrême rareté de l'affection, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer personnellement des cas pareils.

Observation n° 1

(Rapportée par M. le Professeur DUVERGEY)

G... Julien, âgé de 67 ans, entre le 16 juin 1923 dans le service du Professeur Duvergey (de Bordeaux), pour une rétention d'urine datant de trois jours, du 13 juin.

Antécédents. — Aucun antécédent héréditaire intéressant. Pas de maladies. S'enrhumait facilement l'hiver. Depuis sept ou huit ans se lève la nuit pour uriner; urine assez péniblement : le jet est sans force. En 1921, se levait trois fois par nuit. A cette époque a vu un spécialiste qui a pratiqué le toucher rectal et a porté le diagnostic d'adénome prostatique. En janvier 1923, a présenté deux abcès de la paroi thoracique gauche qui ont été ponctionnés à diverses reprises.

Histoire de la maladie. — Depuis la fin d'avril 1923, une pollakiurie s'installe progressivement. Dans le courant de mai, le malade urine toutes les heures. L'urine est claire. Le 13 juin, rétention d'urine qui nécessite un sondage bi-quotidien. C'est dans ces conditions que le

malade entre à l'hôpital où aussitôt on met en place une sonde à bécuille à demeure. L'examineur porte le diagnostic d'adénome prostatique volumineux. C'est le diagnostic de tous ceux qui examinent le malade.

Examen du malade. — Homme qui a les apparences vigoureuses. Sa sonde à demeure a évacué deux litres d'une urine un peu trouble dans les 24 heures. Les reins ne sont ni douloureux, ni perceptibles. Les points urétéraux sont indolores. L'appareil épидидymo-testiculaire, ainsi que les canaux déférents, sont normaux. Le toucher rectal décèle une prostate très volumineuse faisant une saillie dans la cavité rectale. Il existe un sillon médiane. On note à peine quelques variations de consistance. A côté des régions fermes et dures, se trouve une zone centrale un peu ramollie. La configuration extérieure de la tumeur n'est pas d'une régularité parfaite : quelques bosselures sont comme ébauchées, mais rien de net à ce sujet. Les vésicules séminales sont perceptibles des deux côtés.

Au niveau du cinquième espace intercostal, au-dessous et à gauche du mamelon, ulcération consécutive à un abcès froid ouvert à bord décollés, violacé et aminci à fond grisâtre. La côte sous-jacente est tuméfiée et un peu douloureuse. Postérieurement, au-dessous de l'ulcération précédente, abcès froid non fistulisé avec une septième côte un peu douloureuse à son niveau.

L'auscultation indique l'existence au sommet gauche de quelques râles sous-crépitanls. Pas de fièvre. L'appétit est conservé. L'examen de crachats a été pratiqué plusieurs fois : il a révélé, à un examen, l'existence de quelques rares bacilles de Koch (25 juillet 1923).

L'examen cysto-bactériologique de l'urine a montré, le 18 juin 1923, de nombreux polynucléaires, des hématies, déchets épithéliaux. Très nombreux bacilles à Gram négatif. Quelques cocci à Gram positif. Pas de bacille de Koch.

Azotémie, 0 gr. 50. Constante, 0,13.

On conclut, d'après les examens précédents, à un adénome prostatique, peut-être tuberculisé.

Le 23 juin 1923, sous rachianesthésie, cystostomie. La prostate explorée par le toucher intra-vésical est volumineuse, semble régulière.

Le 9 juillet 1923, l'azotémie était tombée à 0,20. Prostatectomie transvésicale sous rachianesthésie. Un gros adénome est enlevé rapidement et facilement. Le plan de clivage a été trouvé facilement.

La tumeur, ouverte au bistouri, présente par place l'aspect habituel de l'adénome prostatique ; dans son centre on distingue plusieurs foyers séparés les uns des autres et nettement caséifiés : ils présentent l'aspect classique du marron cru. Pas d'abcès. Tout autour à la périphérie, la tumeur a l'aspect de l'adénome banal.

La pièce a été étudiée par le Professeur Sabrazès, qui a envoyé la note suivante : prostate infiltrée de territoire caséux, tellement nécrosée qu'on ne reconnaît plus une seule cellule dans certaines régions, sauf çà et là quelques amas adénomateux nécrosés ; follicules tuberculeux, reconnaissables en certains points.

Un autre segment de la prostate montre du tissu adénomateux classique et à côté une zone tuberculisée.

Suites opératoires normales. Le tube de Marion est enlevé le septième jour, remplacé par une sonde Pezzer, enlevée quelques jours après. Le 1^{er} août, la plaie opératoire est atone, n'a pas tendance à se fermer. Il a, depuis une vingtaine de jours, une sonde de Cliquet à demeure dans la vessie. Les lésions pulmonaires ont progressé. Le 9 août, le malade quitte l'hôpital amaigri, avec une plaie hypogastrique toujours atone, malgré l'emploi en pansement d'huile goménolée, de liquide de Calot et même de thermo-cautérisation légère des tissus.

Observation n° 2

(Rapportée par M. le Professeur LEGUEU et M. VERLIAC)

Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, soigné depuis longtemps pour un rétrécissement gono-cocciqque peu serré de l'urètre ayant, en 1915, une double épididymite fistulisée qui a suppuré jusqu'en 1922. Depuis ce moment, le malade a présenté une légère rétention avec urines troubles et souvent terminales. Au mois de juin 1924, il présente une crise de rétention complète : la vessie pleine de caillots est évacuée; le sondage et surtout les lavages vésicaux paraissent particulièrement douloureux. Au toucher, la prostate est large, de forme et de consistance régulière.

Le 26 juin, on fait, sous anesthésie rachidienne, une cystostomie. Le lobe moyen paraissait un peu végétant, on en excise un fragment pour savoir s'il s'agit d'un néoplasme. Et c'est avec surprise qu'on trouve à l'examen histologique des lésions tuberculeuses paraissant développées sur un adénome sous-urétral en évolution.

La prostatectomie est effectuée le 29 novembre 1924. Extraction facile d'un gros adénome. Suites opératoires normales; fermeture spontanée de la cystostomie dans les délais normaux.

L'examen de la pièce montre un adénome à trois lobes. Sur le lobe moyen, la muqueuse paraît un peu œdémateuse : on note une petite tache blanchâtre sous-muqueuse, mais aucune cicatrice de l'intervention antérieure n'est visible.

Sur les différentes sections que nous pratiquons, l'adénome paraît normalement lobulé ; mais sur la surface de section du lobe moyen, on trouve deux ou trois zones très congestionnées; et en de nombreux points des trois lobes, surtout des lobes latéraux, des taches jaunâtres analogues à celles qu'on a coutume de voir dans l'infection chronique de l'adénome.

L'examen histologique a porté sur la biopsie du mois de juin et sur les différents lobes de l'adénome énucléé. Dans tous on est en présence d'un adénome présentant des lésions d'infection banale et des lésions tuberculeuses.

L'adénome est du type glandulaire végétant, volontiers cystique avec un ou deux petits nodules fibreux au voisinage de l'urètre.

Les lésions d'infection sont particulièrement intenses sur la biopsie où elles se traduisent par un afflux intense et localisé de polynucléaires et par des lésions de nécrose superficielle plus ou moins étendues suivant les points. Elles coexistent avec des lésions tuberculeuses, mais ne paraissent pas en relation avec elles. Sur les coupes de l'adénome elles sont très réduites, et, sur certaines,

manquent absolument. La cystostomie a exercé sur elles son influence curatrice habituelle; elle n'a eu aucune action sur les lésions tuberculeuses.

Les lésions tuberculeuses se présentent sous différents aspects.

Dans la muqueuse, on ne trouve guère que des petits tubercules, la plupart non caséeux, logés sous l'épithélium stratifié normal de la vessie; ce n'est qu'en un point qu'une ulcération superficielle indique une lésion tuberculeuse un peu plus avancée.

Dans un petit nodule fibreux voisin de l'urètre, la tuberculose ne se montre que sous forme de tubercules microscopiques purement lymphocitaires ou lympho-épithéloïdes.

Dans les nodules glandulaires adénomateux, les lésions, irrégulièrement disséminées, revêtent de préférence la forme de tubercules conglomérés, de structure classique avec dégénérescence caséuse: ces lésions ne sont jamais très étendues. On trouve aussi des tubercules solitaires, particulièrement intéressants à étudier, car, au contraire de ce qui se passe dans les blocs tuberculeux, l'adénome, à leur niveau, conserve sa structure. On peut alors constater que les plus petits tubercules se constituent au niveau des culs-de-sac glandulaires: Il est possible notamment de voir, sur un tube glandulaire, l'emplacement de deux ou trois cellules épithéliales occupé par une cellule géante sans que la paroi du tube ou son voisinage présente aucune autre lésion.

Observation n° 3 — (Marion)

M... (Albert), entre le 12 avril 1923, dans le service liviale à l'hôpital Lariboisière pour une rétention complète aiguë datant de huit jours. Depuis plusieurs années déjà, le malade avait de la peine à uriner et présentait de la pollariurie nocturne. Au toucher rectal, la prostate apparaissait comme un adénome banal, volumineux. L'examen des testicules et des épидидymes ne révélait absolument aucune lésion.

Premier temps : cystostomie le 22 avril 1922.

Second temps : prostatectomie le 16 mai.

Au cours de cette prostatectomie, il me semble sentir, dans la paroi gauche de l'adénome, une masse un peu plus dure que les parties environnantes, de sorte que je pense qu'il s'agit d'un début de dégénérescence épithéliomatense de l'hypertrophie prostatique.

A la coupe que je pratique sur la masse enlevée, je constate qu'il existe, en effet, un noyau central jaunâtre, ne ressemblant en rien, macroscopiquement, à un noyau cancéreux et, à ce moment déjà, j'émetts l'hypothèse d'un noyau tuberculeux. L'examen histologique pratiqué par Mlle Kagan confirme cette hypothèse et montre nettement une tuberculose avec cellules géantes au centre d'une masse adénomateuse.

Les suites de l'opération furent identiques à celles d'une intervention pour hypertrophie de la prostate.

CHAPITRE III

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE DE L'ADÉNOME DE LA PROSTATE

1) *Fréquence* : D'après le nombre des observations, il faudrait conclure à l'extrême rareté de l'affection en rapport avec la fréquence de l'adénome. Toutefois, nous nous demandons : n'est-elle pas considérée tellement rare à cause que l'attention à cette affection ne fut pas attirée jusqu'à ces dernières années ?

2) *Étiologie* : La question d'étiologie et de pathogénie sera traitée dans un chapitre spécial.

3) *Anatomie pathologique* : La tuberculose de l'adénome prostatique était localisée.

Dans l'observation de M. Duvergey, surtout au centre de l'adénome, présentant en même temps, aussi en dehors de cette localisation, des zones d'infiltration tuberculeuse.

La même localisation est signalée par M. Verliac, ainsi que par M. Marion.

Donc il paraît que la localisation prédominante de la tuberculose est le centre de l'adénome.

La lésion revêt la forme de plusieurs foyers caséifiés

plus ou moins gros, qui peuvent subir un ramollissement tuberculeux — ou bien on se trouve en présence des lésions minimales de granulations disséminées en grand nombre. L'examen microscopique montre des tubercules conglomérés, de structure classique, avec dégénérescence caséuse.

Symptomatologie : Les malades se présentent comme des prostatiques banals. C'est le même tableau ; un malade âgé éprouve, depuis quelques temps, des difficultés de la miction, de la pollakiurie nocturne, dysurie, et peu à peu la rétention s'installe. Aucun signe d'infection de l'adénome. Rien ne fait penser à une tuberculose de l'adénome sauf, peut-être, le toucher rectal. En effet, le toucher rectal décelé une prostate volumineuse, faisant saillie dans la cavité rectale. Parfois, la prostate a perdu sa consistance égale ; çà et là, on trouve des zones plus ou moins fermes, ou ramollies, donnant l'aspect d'une surface bosselée irrégulière. Cette différence de consistance, ces zones ramollies peuvent nous faire penser à une tuberculose de la prostate mais pas spécialement à celle de l'adénome. En effet, M. Duvergey est le seul qui a pu poser l'hypothèse d'un adénome tuberculisé.

Mais il faut que la lésion soit bien avancée, avec des ramollissements caverneux, des lésions bacillaires concomitantes, bien évidents des autres organes pour que la possibilité de l'affection puisse être discutée.

Nous voyons donc que le diagnostic est extrêmement difficile et, d'une façon générale, c'est une trouvaille de l'opération chirurgicale.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DE LA TUBERCULOSE DE L'ADENOME

D'après ce que nous venons de dire sur l'étiologie et pathogénie de l'adénome, il est établi que l'adénome est une formation qui existait avant la localisation tuberculeuse, pour des raisons que nous avons invoquées à l'étude de la pathogénie de l'adénome.

La tuberculose de l'adénome prostatique n'étant, par conséquent, qu'une greffe sur lui, voyons maintenant par quelle voie le bacille de Koch a pu arriver à ce néoplasme.

L'infection du tissu de l'adénome prostatique fut étudiée par M. le Professeur Legueu et ses élèves. Ils admettent que cette infection se fait spécialement sur l'adénome pour les raisons suivantes : l'adénome, qui est un organe presque avasculaire, est un point faible de l'organisme, « apte à recevoir l'infection » et, dès que les microbes pathogènes provenant d'un furoncle, ou anthrax, ou autres infections envahissent l'organisme, ou lorsqu'un traumatisme par catheterisme ou cystostomie est fait, ces microbes, soit de provenance hématogène ou de provenance locale, infectent l'adénome, qui présente un « locus minoris résistentiæ ».

Les formes cliniques de ces infections non tuberculeuses furent décrites par M. le Professeur Legueu.

Nous avons essayé de donner un tableau anatomo-clinique de l'infection tuberculeuse de l'adénome.

Abordons maintenant le problème de la pathogénie de cette infection.

L'on sait que la propagation tuberculeuse dans l'organisme peut se faire par :

- 1) Voie hématogène;
- 2) Propagation directe;
- 3) Voie lymphatique.

Voyons si ces voies sont possibles dans la tuberculose de la prostate, l'adénome étant une néoformation située au sein de la prostate.

Un certain nombre d'auteurs soutiennent que la tuberculose de la prostate est secondaire à une tuberculose du testicule et de l'épididyme et est très rarement primitive. La loi du Ricord dit : « Lorsqu'il y a des tubercules dans quelques parties des voies urinaires, il y en a dans l'épididyme ». Ricord fait donc de l'épididyme le foyer dominant de la tuberculose genitale. D'après Forgue, chez l'adulte, cette loi conserve une valeur à peu près absolue.

Il semble que cette propagation peut se faire : par voie canaliculaire ascendante, le sperme et autres sécrétions apportant les produits tuberculeux, ou par propagation périphérique quand la tuberculose du canal déférentiel a envahi les canaux éjaculateurs. Dans le premier cas, le bacille de Koch se fixe autour du veru montanum; dans le second, l'infection se fait autour des canalicules.

Quant aux voies hématogènes, il paraît que cette forme

d'infection est très rare. En effet, sur cent phthisiques, Reclus n'a trouvé que deux tuberculoses génitales. D'autre part, il y a des observations de tuberculoses génitales sans autre lésion tuberculeuse. Il paraît possible que, dans ces cas où il n'y a pas de lésion tuberculeuse, le microbe, entré au niveau des amygdales ou du pharynx, arrive aux organes génitaux par le système lymphatique.

Une autre voie d'infection tuberculeuse de la prostate sur laquelle M. le Prof. Legueu a beaucoup insisté, c'est la voie uréthro-rénale. En effet, voici ce qu'il dit sur ce sujet :

« C'est le rein qui commande dans la tuberculose génito-urinaire. Le rein a pu ne pas être anatomiquement lésé, la simple élimination des bacilles a pu se faire sans lésions rénales et de la diffuser dans tout l'appareil urogénital et y semer les lésions tuberculeuses.

« Les bacilles arrivent à un rein, ils y colonisent; une légère réaction s'ensuit qui provoque des lésions peu marquées de tuberculose. Mais, sans cesse charriés par l'urine, ils s'engagent dans l'uretère; ils y provoquent l'uretéríte. Plus tard la cystite se déclarera..... Mais, dans ce diverticule de la vessie qu'est l'urètre post., il y a l'utricule prostatique, et l'orifice des canaux éjaculateurs; eux aussi alors, avant l'uretère, avant la vessie, puisent les bacilles innombrables qui passent à ce niveau et ces derniers iront coloniser dans la prostate, dans les vésicules seminales et le canal déférent, dans l'épididyme et, enfin, dans le testicule ».

Donc, d'après les constatations de M. le Prof. Legueu,

« la tuberculose prostatique ne suit pas la tuberculose testiculaire, elle la précède le plus souvent ».

Quoiqu'il en soit, l'adénome étant situé au sein de la prostate, il est évident que ses connexions avec le reste de l'organisme se font par la prostate et par l'urètre.

A la lumière de ces faits, essayons de déterminer le mode de l'infection de l'adénome par le bacille tuberculeux.

L'adénome étant un organe presque avasculaire, sa nutrition se fait par le lymphé provenant de la prostate. Donc c'est par ce milieu, ainsi que par quelques petits vaisseaux, que l'adénome est en connexion avec la prostate. Une lésion tuberculeuse de la prostate pourrait se propager à l'adénome soit par continuité, soit par propagation lympho-vasculaire. Le premier cas n'a pas été observé jusqu'à présent. En effet, dans les trois observations, il n'y a pas de tuberculose prostatique.

Comment expliquer donc l'infection tuberculeuse de l'adénome sans atteinte de la prostate ?

M. le Professeur Legueu a démontré que les microbes banal staphylo-streptocoque se localisent de préférence à l'adénome parce que l'adénome étant avasculaire a une vitalité diminuée, par conséquent moins réfractaire à une infection que les tissus normaux bien vascularisés.

Nous croyons que c'est le même mécanisme qu'on doit invoquer pour l'explication de l'atteinte bacillaire de l'adénome.

Voici ce qui se passe :

Soit une élimination bacillaire par un rein non tuberculeux (Legueu). La stagnation de l'urine dans la vessie

et dans la partie supérieure de l'urètre favorise la fixation des bacilles de Koch dans l'urètre et dans la prostate, d'où ils pénètrent par une voie lympho-vasculaire dans l'adénome.

Autre cas : il y a une lésion tuberculeuse épididymaire. Les bacilles charriés soit par le sperme, soit par les vaisseaux lympho-vasculaires du canal défèrent, soit par lésion de proche en proche du canal et des canaux éjaculateurs, arrivent également à la prostate d'où ils pénètrent par la voie décrite dans l'adénome.

Dans les deux cas, le bacille va léser l'adénome avant que la prostate soit atteinte puisque celle-ci se défend mieux que l'adénome contre une attaque microbienne.

Nous croyons que c'est de cette façon qu'on peut expliquer cette infection.

Jusqu'à quel point les faits correspondent-ils à cette hypothèse ?

Parmi les trois observations il y a :

1) Un cas où une tuberculose épididymaire fut constatée ;

2) Dans les deux autres cas, ni bacillurie, ni l'épididymite tuberculeuse n'étaient signalées.

Mais la bacillurie est-elle vraiment si fréquente et facilement décélable ? Combien de fois nous sommes obligés de faire des inoculations au cabaye pour la trouver. Et n'y a-t-il pas des lésions tuberculeuses épididymaires latentes ?

*
* *

Nous résumons dans les conclusions les données importantes qui résultent de cette hypothèse.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose de l'adénome prostatique est une affection très rare, cliniquement non caractérisée, et qui ne fut trouvée qu'après intervention chirurgicale sur l'adénome.

2° Cette affection est greffée sur l'adénome et n'est pas la cause provocatrice de la néo-formation.

3° Cette infection tuberculeuse suit les mêmes règles que l'infection tuberculeuse de l'appareil uro-génital, et arrive par l'intermédiaire de ces organes.

4° Donc, chaque fois qu'on constate, à l'occasion d'une intervention chirurgicale, la tuberculisation de l'adénome, il y a grand intérêt à examiner et surveiller les organes uro-poïétiques, l'épididyme et les testicules, l'infection de l'adénome pouvant être l'expression d'une lésion latente, *rénale* ou *épididymaire*.

Vu : L'Assesseur du Doyen,

Vu : Le Président de la thèse,

BALTHAZARD.

LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

1. — ASTRALDI : **Les infections de l'adénome prostatique.** (Archives Urol. de la Clin. de Necker).
2. — DUVERGEY : **Un cas d'adénome prostatique tuberculisé secondairement.** (Congrès français d'Urologie 1923).
3. — FORGUE : **Pathologie externe.**
4. — LEGUEU et VERLIAC : **Tuberculose développée sur un adénome prostatique.** (Société d'Urologie, 1925, avril).
5. — LEGUEU : **Les infections de l'adénome prostatique.** (Le Monde Médical, 15 mars 1925).
6. — LEGUEU : **Traité Chirurgical d'Urologie.**
7. — MARION : **Traité d'Urologie.**
8. — E. PAPIN et H. VERLIAC : **Etude sur les tumeurs bénignes uréthro-prostatiques.**

3189/10/12

